

Aviso de reclamo de beneficios por discapacidad a corto plazo/permiso familiar pagado



Compañía de seguros Arch
P.O. Box 26316, Collegeville, PA 19426
Teléfono: 877-369-0979 | Fax: 610-977-3216 | Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

Instrucciones para presentar un reclamo

Este formulario es para beneficios por discapacidad a corto plazo/permiso familiar pagado. Su reclamo estará sujeto a demora o devolución si no se siguen estas instrucciones.

Complete las secciones correspondientes según se apliquen a usted y entregue a los otros representantes designados para que completen sus secciones como se indica abajo. Presente el formulario completo a la Compañía de Seguros Arch.

Sección	Título de la sección	A completar por	Requerido para
1	Sobre el reclamante	Empleado	Todos los reclamos
2	Sobre el empleador	Empleador	Todos los reclamos
3	Declaracion de discapacidad a corto plazo por medico tratante	Médico que trata al empleado	Discapacidad a corto plazo
4	Certificación de vinculación	Empleado	Vinculación con un niño recién nacido, adoptado o de crianza temporal
5	Divulgacion de Informacion de un familiar con una condicion de salud grave	Individuo que recibe la atencion	Cuidado de un familiar con una condición de salud grave
6	Certificación de proveedor de atención médica para un familiar con una condición de salud grave	Proveedor de atención médica para la persona que recibe atención	Cuidado de un familiar con una condición de salud grave
7	Evento de calificación militar	Empleado	Asistir cuando un familiar es desplegado

Presente el formulario completo a la Compañía de Seguros Arch usando la información de contacto en la parte superior de la página.

Aviso de reclamo de beneficios por discapacidad a corto plazo/permiso familiar pagado



Compañía de seguros Arch
 P.O. Box 26316, Collegeville, PA 19426
 Teléfono: 877-369-0979 | Fax: 610-977-3216 | Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

Sección 1 - Sobre el reclamante

Parte A - Información del empleado

Nombre legal del empleado (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Otros apellidos con los que el empleado trabajó, si aplica	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femeni- <input type="checkbox"/> No designado/Otro	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de seguro social o TIN	
Dirección de la casa			
Ciudad	Estado	Código postal	País (si no es EE. UU.)
Teléfono con código de área	Dirección de correo electrónico		

Parte B - Solicitud de licencia

Este reclamo es para:
 Discapacidad a corto plazo Licencia familiar Discapacidad a corto plazo y permiso familiar pagado (maternidad/vincula-

Si se incluye el permiso familiar pagado, ¿de qué tipo?:
 Vinculación con un niño Cuidado de un familiar con una condición de salud grave
 Despliegue en servicio activo Hijo/a Cónyuge Pareja doméstica Padre/madre
 Suegro/a Abuelo/a Nieto/a

Continuo Fecha de comienzo del PFL _____ Fecha de finalización del PFL _____ Las fechas son aproxima-
 Periódico Indique las fechas en las que se tomará el permiso periódico _____ Las fechas son aproxima-

Describa con sus propias palabras la razón por la que no puede trabajar (en caso de accidente, describa cómo ocurrió y si fue en el trabajo).

Si este reclamo es por beneficios por discapacidad, ¿ha tenido la misma condición o una similar en el pasado? Si es así, proporcione más información. Sí No

Si este reclamo es por beneficios por discapacidad, enumere todas las salas de emergencia, hospitales, clínicas o médicos que lo trataron por su enfermedad o lesión.

NOMBRE	FECHA DE ADMISIÓN	FECHA DE ALTA

Enumere todos los beneficios que está recibiendo o es elegible para recibir bajo cualquier otra fuente, como beneficios por desempleo, beneficios por discapacidad del Seguro Social, pago por enfermedad o pago por vacaciones.

TIPO DE BENEFICIO	FECHA EN QUE COMENZARON LOS PAGOS	FECHA DE FINALIZACIÓN DE LOS PAGOS

Apellido del empleado	Nombre del empleado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
-----------------------	---------------------	----------------------------------

Aviso de reclamo de beneficios por discapacidad a corto plazo/permiso familiar pagado



Compañía de seguros Arch
 P.O. Box 26316, Collegetown, PA 19426
 Teléfono: 877-369-0979 | Fax: 610-977-3216 | Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

Sección 1 - Acerca del Reclamante (continuación)

Parte C - Información de empleo

Nombre del empleador			
Dirección del lugar de trabajo			
Ciudad	Estado	Código postal	País (si no es EE. UU.)
Dirección de correo electrónico		Teléfono	
Fecha de contratación	Salario promedio semanal bruto	Cantidad de horas por semana	
Descripción del trabajo		¿Qué porcentaje de su trabajo necesita labor física?	
¿Tiene más de un empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿está tomando un permiso por discapacidad o PFL del otro empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enumere los estados en los que puede ser responsable de presentar declaración de impuestos	
¿Recibe actualmente beneficios de Compensación de los Trabajadores por pérdida de salario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Declaración de divulgación: Información sobre los beneficios por discapacidad y PFL recibidos por el empleado, como los pagos recibidos y los tipos de permisos serán proporcionados por el empleador.			

Parte D - Certificación del reclamante

Certifico que la información de arriba es correcta. No pude trabajar durante el período en el que los beneficios son reclamados. Además, certifico que no he reclamado ni recibido beneficios o pagos de ninguna otra fuente por ningún período por el que haya reclamado beneficios por incapacidad o permiso familiar pagado. Entiendo que si se sabe que la declaración anterior que hice es falsa o si no revelé hechos importantes de manera voluntaria, puedo estar sujeto a multas que pueden incluir un proceso penal. Por la presente se le autoriza a obtener la información médica, laboral o de seguro necesaria para procesar este reclamo.

Esto es para certificar que los hechos indicados arriba son verdaderos a mi leal saber y entender.

Firma del empleado	Fecha de la firma
--------------------	-------------------

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA Y FINANCIERA

Autorizo a cualquier médico, proveedor de atención médica, hospital, instalación médica o relacionada con la medicina, compañía de administración de discapacidades, compañía de seguros, administrador del plan, patrocinador del plan o empleador a dar a la Compañía de seguros Arch, sus respectivas subsidiarias, afiliadas, matrices, reaseguradores o cualquier persona u organización que designen, información y copias de mis expedientes relacionados con mi salud mental y física, incluyendo historiales, resultados, diagnóstico y tratamiento con el fin de investigar o adjudicar mi reclamo de beneficios por discapacidad. Autorizo a la Compañía de seguros Arch y sus respectivas subsidiarias, afiliadas, matrices, reaseguradoras o cualquier persona u organización que designen a revelar la información cubierta por esta autorización a cualquier experto, investigador, médico, proveedor de atención médica, hospital, centro médico relacionado, empresa de administración de discapacidades, compañía de seguros, reaseguradora, administrador del plan, patrocinador del plan o empleador con el propósito de investigar o adjudicar mi reclamo de beneficios por discapacidad. Autorizo a cualquier empleador a dar a la Compañía de seguros Arch, sus respectivas subsidiarias, afiliadas, matrices, reaseguradoras o cualquier persona u organización que ellos designen, información y copias de mis expedientes relacionados con mi salario, sueldo, comisión o remuneración de cualquier clase o tipo para investigar o adjudicar mi reclamo por discapacidad o beneficios familiares pagados. Entiendo que puedo revocar esta autorización mediante un aviso por escrito a la Compañía de seguros Arch. Entiendo que puedo pedir una copia de esta autorización. Reconozco que una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.

Firma del empleado	Fecha de la firma
--------------------	-------------------

Apellido del empleado	Nombre del empleado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
-----------------------	---------------------	----------------------------------

Aviso de reclamo de beneficios por discapacidad a corto plazo/permiso familiar pagado



Compañía de seguros Arch
 P.O. Box 26316, Collegeville, PA 19426
 Teléfono: 877-369-0979 | Fax: 610-977-3216 | Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

Sección 2 - Sobre el empleador

Parte A - Información del empleador

Nombre legal completo de la empresa		Número de póliza	
Dirección de la empresa			
Ciudad	Estado	Código postal	País (si no es EE. UU.)
FEIN del empleador	Código SIC del empleador	División	
Nombre de contacto del empleador para preguntas relacionadas con discapacidad y PFL		Teléfono de contacto	
Dirección de correo electrónico del contacto			

Parte B - Información del empleado

Ocupación del empleado			
Marque las casillas que correspondan: <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> No exento <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Por hora Horas/semana: _____	Ingresos semanales básicos del empleado \$	Fecha de la última modificación del salario	Fecha de contratación del empleado
	Las contribuciones de los empleados se hicieron en: <input type="checkbox"/> Antes de impuestos <input type="checkbox"/> Después de impuestos		
	Fecha del último día de trabajo	Cantidad de horas:	
	Fecha de regreso al trabajo	% de las contribuciones de los empleados a la prima	
Enumere todos los beneficios que el empleado está recibiendo o es elegible para recibir debido a su discapacidad o permiso familiar pagado (por ejemplo, continuación de salario, pago por enfermedad, discapacidad, compensación de los trabajadores, etc.)			
BENEFICIO	CANTIDAD SEMANAL BRUTA	FECHA DE COMIENZO	FECHA DE PAGO FINAL
¿Empleado ha sido despedido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, dé la fecha	Motivo
¿Contrato del Empleado ha sido terminado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿En qué tipo de plan participa el empleado? (Marque todas las respuestas que apliquen)			
<input type="checkbox"/> Un plan de discapacidad a corto plazo al que un empleado contribuye de manera voluntaria.			
<input type="checkbox"/> Un plan de discapacidad a corto plazo o permiso familiar pagado que cubre a todos los			
Horario de trabajo normal del empleado <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo ___Horas/día ___Horas/semana			
Si el empleado recibió o recibirá el sueldo completo mientras estaba en licencia por discapacidad y PFL, ¿el empleador pedirá un reembolso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, indique las fechas en las que le pagan al empleado: Desde Hasta	

Apellido del empleado	Nombre del empleado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
-----------------------	---------------------	----------------------------------

Aviso de reclamo de beneficios por discapacidad a corto plazo/permiso familiar pagado



Compañía de seguros Arch
 P.O. Box 26316, Collegeville, PA 19426
 Teléfono: 877-369-0979 | Fax: 610-977-3216 | Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

Sección 2 - Sobre el empleador (continuación)

Ingrese los últimos cuatro trimestres de salarios brutos del empleado.

Número de Trimestre	Fecha de Finalización del Trimestre (mm/dd/yyyy)	Monto Bruto Pagado
1		
2		
3		
4		

En las 52 semanas anteriores, ¿tomó el empleado alguna de estas licencias?
 Discapacidad PFL Discapacidad y PFL Ninguna

Escriba la cantidad total de semanas y días de licencia por discapacidad y PFL en las últimas 52 semanas.

Discapacidad	Cantidad de semanas	Cantidad de días	Fechas específicas por discapacidad
PFL	Cantidad de semanas	Cantidad de días	Fechas específicas por PFL

¿Se ampara el empleado en la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA) junto con el PFL? Sí No

Parte C - Declaración y firma

Por la presente, certifico que la información de arriba es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del representante autorizado	Fecha de la firma
Nombre en letra de molde	Título

Employee Last Name	Employee First Name	Date of Birth (mm/dd/yyyy)
--------------------	---------------------	----------------------------

Aviso de reclamo de beneficios por discapacidad a corto plazo/permiso familiar pagado



Compañía de seguros Arch
 P.O. Box 26316, Collegeville, PA 19426
 Teléfono: 877-369-0979 | Fax: 610-977-3216 | Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

Sección 3 - Declaración del médico de atención directa de discapacidad a corto plazo

Parte A - Acerca la discapacidad

Nombre del empleado (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)			
Código de diagnóstico y condiciones actuales			
¿La condición se debe al embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, dé la información de abajo si corresponde: Fecha calculada de parto Fecha calculada de reposo			
Fecha de parto	Tipo de parto	Complicaciones	
¿La condición se debe a una lesión o enfermedad derivada del empleo del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha en que aparecieron los primeros síntomas u ocurrió el accidente	
Fecha en que el paciente le consultó por primera vez por esta condición		¿Alguna vez el paciente ha tenido la misma condición o similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El paciente todavía está bajo su cuidado por esta condición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, ¿cuando? Describa.	
Fechas de servicio, incluya la fecha de la próxima cita (si el formulario anterior se envió a este portador, debe mostrar solo las fechas desde el último informe).			
¿El paciente estuvo en reposo en el hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, en reposo desde: _____ hasta _____			
Nombre y dirección del hospital			
Naturaleza y código CPT de procedimiento quirúrgico, si aplica			
La operación fue <input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Paciente ambulatorio		Fecha de la operación	
Fechas en que el paciente estuvo discapacitado por completo (incapaz de trabajar) Desde: _____ hasta _____			
Si aún está discapacitado, fecha en la que el paciente podría reincorporarse al trabajo			

Parte B - Certificación y firma

Firma del médico		Fecha de la firma	
Nombre del médico (en letra de molde)		Teléfono del médico	
Grado	Número de Seguro Social	Número de identificación de impuestos	
Dirección del médico			
Ciudad	Estado	Código postal	País (si no es EE. UU.)

Apellido del empleado	Nombre del empleado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
-----------------------	---------------------	----------------------------------

Aviso de reclamo de beneficios por discapacidad a corto plazo/permiso familiar pagado



Compañía de seguros Arch
 P.O. Box 26316, Collegeville, PA 19426
 Teléfono: 877-369-0979 | Fax: 610-977-3216 | Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

Sección 4 - Certificación de vinculación

Parte A - Acerca del niño

Fecha de nacimiento del niño (mm/dd/aaaa)	Relación del niño con el empleado:		
Sexo del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No designado/Otro	<input type="checkbox"/> Hijo biológico	<input type="checkbox"/> Hijastrero	<input type="checkbox"/> Menor en crianza temporal
¿Vive el niño con el empleado que pide el PFL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hijo adoptado	<input type="checkbox"/> Menor en tutela legal	<input type="checkbox"/> Sustituto de los padres
	<input type="checkbox"/> Hijo del cónyuge/pareja doméstica		

Seleccione uno de los siguientes y adjunte el documento que se necesita como evidencia de la relación:

Padres de un niño

Madre biológica:

- Certificado de embarazo emitido por el proveedor de atención médica (incluyendo la fecha prevista de parto Y el nombre de la madre) O
- Certificado de nacimiento emitido por el proveedor de atención médica (incluyendo la fecha de nacimiento Y el nombre de la madre) O
- Certificado de nacimiento del menor

Otros padres:

- Copia del certificado de nacimiento con el nombre del segundo padre O**
- Reconocimiento voluntario de la paternidad O
- Orden judicial de filiación O
- Documentación de la madre biológica (ver arriba) MÁS uno de los siguientes documentos:
 - Certificado de matrimonio O
 - Certificado de unión civil O
 - Prueba de pareja doméstica
- O cualquier otra documentación de la relación parental

Padres de crianza temporal:

- Carta del lugar de crianza temporal o anticipada emitida por el Departamento de Servicios Sociales del condado o de la ciudad o por una agencia de crianza temporal voluntaria autorizada

Padres adoptivos:

- Documento judicial de finalización de la adopción
- Documentación que respalda la adopción

Fecha de crianza temporal o adopción, si aplica (mm/dd/aaaa)

Parte B - Declaración y firma

Toda persona que, a sabiendas y con el fin de cometer fraude contra una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que tenga información considerablemente falsa u oculte, con el objetivo de engañar, información relacionada con un hecho importante, cometerá un acto de fraude contra la compañía de seguros, lo que es un delito, y estará sujeta a multas civiles que no superarán los cinco mil dólares ni el valor declarado del reclamo por cada infracción.

Por la presente, pido los beneficios del permiso familiar pagado. Con mi firma, declaro que la información que doy es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Firma del empleado	Fecha de la firma
--------------------	-------------------

Apellido del empleado	Nombre del empleado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
-----------------------	---------------------	----------------------------------

Aviso de reclamo de beneficios por discapacidad a corto plazo/permiso familiar pagado



Compañía de seguros Arch
P.O. Box 26316, Collegeville, PA 19426
Teléfono: 877-369-0979 | Fax: 610-977-3216 | Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

Sección 5 - Divulgación de información de un familiar con una condición de salud grave

PARTE A - Autorización

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DE UN FAMILIAR CON UNA CONDICIÓN DE SALUD GRAVE (a completar por la persona que recibe la atención o el representante autorizado para presentar al proveedor de atención médica de los beneficiarios de la atención).

Yo, _____, autorizo a mi proveedor de atención médica mencionado en este formulario a revelar mi información médica personal a _____ y a la compañía de seguros PFL de su empleador, aseguradora Arch.

Nombre de quien recibe la atención (paciente)
(nombre, segundo nombre, apellido)

Nombre del empleado

Expedientes sujetos a divulgación: Este formulario le da permiso al proveedor de atención médica mencionado para incluir información de sus expedientes de atención médica en la certificación médica adjunta. Este formulario le da permiso a su proveedor de atención médica para divulgar solo la información en sus expedientes de atención médica que se relacione con su condición actual, que es el asunto del pedido del empleado para los beneficios del Permiso Familiar Pagado.

Duración de la liberación de responsabilidad revocable: Esta autorización termina después de un año o cuando usted revoca la divulgación. Puede cancelar este permiso de divulgación en cualquier momento. Para cancelarlo, envíe una carta al proveedor de atención médica que se menciona en este formulario.

Este formulario NO permite que su proveedor de atención médica divulgue los siguientes tipos de información, a menos que usted permita específicamente dicha divulgación. Ponga una "X" junto a cualquier información que su proveedor médico PUEDA divulgar.

Información de VIH/SIDA Información de salud mental Tratamiento por alcoholismo/drogadicción Notas de psicoterapia

Parte B - Información del proveedor de atención médica

Identifique al proveedor de atención médica que actualmente le da tratamiento para una condición que está sujeta al pedido del empleado de los

Nombre del proveedor de atención médica

Dirección postal del proveedor de atención médica

Ciudad	Estado	Código postal	País (si no es EE. UU.)
--------	--------	---------------	-------------------------

Teléfono del proveedor de atención médica (con código de área o país)

Parte C - Información de quien recibe la atención

Dirección postal de quien recibe la atención

Ciudad	Estado	Código postal	País (si no es EE. UU.)
--------	--------	---------------	-------------------------

Dirección de correo electrónico de quien recibe la atención

Teléfono de quien recibe la atención	Número de seguro social de quien recibe la atención
--------------------------------------	---

Apellido del empleado	Nombre del empleado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
-----------------------	---------------------	----------------------------------

Aviso de reclamo de beneficios por discapacidad a corto plazo/permiso familiar pagado



Compañía de seguros Arch
P.O. Box 26316, Collegeville, PA 19426
Teléfono: 877-369-0979 | Fax: 610-977-3216 | Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

Sección 5 - Divulgación de información de un familiar con una condición de salud grave (continuación)

Parte D - Lea y firme abajo

Por la presente pido que el proveedor de atención médica que se menciona en la lista proporcione una Certificación de proveedor de atención médica completa para el cuidado de un familiar con una condición de salud grave al empleado identificado. Entiendo que dicha información incluye un diagnóstico y pronóstico de mi condición actual, la fecha en que empezó y cualquier cálculo de la cantidad de atención que necesito del empleado que pide los beneficios de PFL como resultado de mi condición actual.

Firma de quien recibe la atención

Fecha de la firma

Representante autorizado

Yo, _____, represento a quien recibe la atención en este asunto según lo autorizado por:

Nombre de quien recibe la atención (paciente)

Derechos de los padres Poder legal (adjuntar copia) Orden judicial (adjuntar copia) Poder para atención médica (adjuntar)

Firma del representante autorizado

Fecha de la firma

Apellido del empleado	Nombre del empleado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
-----------------------	---------------------	----------------------------------

Aviso de reclamo de beneficios por discapacidad a corto plazo/permiso familiar pagado



Compañía de seguros Arch
 P.O. Box 26316, Collegetown, PA 19426
 Teléfono: 877-369-0979 | Fax: 610-977-3216 | Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

Sección 6 - Certificación de proveedor de atención médica para la atención de un familiar con una condición médica grave

A completar por el proveedor de atención médica para quien recibe la atención (paciente) y para devolver al empleado identificado arriba

Parte A - Diagnóstico y tratamiento

Nombre de quien recibe la atención (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

¿El paciente necesita atención del empleado que pide el PFL? Sí No (si la respuesta es no, pase a "Información del proveedor de atención médica")

Nota: Para los propósitos de esta sección, "proporcionar atención" puede incluir la atención física necesaria, el apoyo emocional, las visitas, la asistencia en el tratamiento, el transporte, la organización de un cargo en la atención, la asistencia con asuntos esenciales de la vida diaria y los servicios de asistente personal.

Código ICD-10 primario	Fecha en que empezó la condición del paciente (mm/dd/aaaa)		
Diagnóstico:	Se necesita atención en la primera cita para el paciente (mm/dd/aaaa)		
Número calculado de días a la semana 0 días al mes que el paciente necesita atención Días/semana: _____ Días/mes: _____	Fecha prevista que el paciente ya no necesitará atención (mm/dd/aaaa)		
Nombre del proveedor de atención médica			
Dirección postal del proveedor de atención médica			
Ciudad	Estado	Código postal	País (si no es EE. UU.)
Teléfono con código de área	Número de fax con código de área	Dirección de correo electrónico	

Estado o país (si no es EE. UU.) en el que el proveedor de atención médica está autorizado a ejercer:

Especialidad

Número de licencia del proveedor de atención médica

Tipo de proveedor de atención médica:

<input type="checkbox"/> Médico (MD)	<input type="checkbox"/> Dentista (DDS/DDM)	<input type="checkbox"/> Trabajador social autorizado (LMSW/LCSW)
<input type="checkbox"/> Médico osteópata (DO)	<input type="checkbox"/> Asistencia médica (PA)	<input type="checkbox"/> Otro (especifique)
<input type="checkbox"/> Doctor en medicina podológica (DPM)	<input type="checkbox"/> Enfermero de práctica avanzada (NP)	
<input type="checkbox"/> Doctor en medicina quiropráctica (DC)	<input type="checkbox"/> Psicólogo autorizado	_____

Parte B - Certificación y firma

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte con el propósito de engañar, información relacionada a cualquier hecho material al respecto, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada infracción.

Firma del proveedor de atención médica		Fecha de la firma
Apellido del empleado	Nombre del empleado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Aviso de reclamo de beneficios por discapacidad a corto plazo/permiso familiar pagado



Compañía de seguros Arch
 P.O. Box 26316, Collegeville, PA 19426
 Teléfono: 877-369-0979 | Fax: 610-977-3216 | Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

Sección 7 - Evento de clasificación militar

Parte A - Acerca del evento militar

Nombre del empleado (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Nombre del miembro militar en servicio activo cubierto o llamada inminente al estado de servicio activo cubierto (despliegue internacional) (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del miembro militar (mm/dd/aaaa) Sexo del miembro militar
 Masculino Femenino No designado/Otro

Dirección postal del miembro militar

Ciudad	Estado	Código postal	País (si no es EE. UU.)
--------	--------	---------------	-------------------------

Relación del miembro militar con el empleado:
 Cónyuge Pareja doméstica Hijo/a Padre/madre

Elija una de las siguientes opciones y adjunte el documento indicado para justificar que el miembro militar está en servicio activo cubierto o que es inminente la llamada u orden para el estado de servicio activo cubierto:
 Órdenes de servicio activo cubierto Carta de llamada u orden inminente para servicio cubierto
 Documentación de la licencia militar firmada por la autoridad que autoriza el descanso y la recuperación del miembro militar

¿Por qué motivo el empleado pide el PFL? (Se pueden elegir una o más opciones)

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Organizar el cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Actuar como representante de un miembro militar ante una agencia federal, estatal o local para obtener, tramitar o apelar los | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Organizar el cuidado de los padres | <input type="checkbox"/> Asistir a un evento patrocinado por las fuerzas armadas o las organizaciones de servicio militar | |
| <input type="checkbox"/> Obtener orientación | | |
| <input type="checkbox"/> Hacer trámites financieros | | |
| <input type="checkbox"/> Hacer trámites legales | | |

¿Está disponible y adjunta la documentación escrita que respalde este pedido de licencia? Sí No No disponible

Nota: Una certificación completa y suficiente para respaldar un pedido de permiso familiar pagado (PFL) por un evento que haga que califique incluye toda documentación por escrito disponible que respalde la necesidad de la licencia, como la copia de un anuncio de reunión para sesiones informativas patrocinadas por las fuerzas armadas, un documento que acredite la licencia para el descanso y la recuperación del miembro militar, un documento que confirme una cita con un tercero, como un consejero, un representante de la escuela o el personal de un centro de atención, o la copia de una factura de servicios para la gestión de asuntos legales o financieros. Si pide licencia para reunirse con un tercero, el empleado debe presentar la documentación de respaldo de la reunión que incluya el nombre, la dirección y la información de contacto adecuada de la persona o entidad con la que se reunirá (p. ej. teléfono, número de fax o dirección de correo electrónico de dicha persona o entidad).

Parte B - Declaración y firma

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte con el propósito de engañar, información relacionada a cualquier hecho material al respecto, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada infracción.

Por la presente, pido los beneficios del permiso familiar pagado. Con mi firma, declaro que la información que doy es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Firma del empleado		Fecha de la firma
Apellido del empleado	Nombre del empleado	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

**Aviso de reclamo de beneficios por
discapacidad a corto plazo/permiso
familiar pagado**



Compañía de seguros Arch
P.O. Box 26316, Collegeville, PA 19426
Teléfono: 877-369-0979 | Fax: 610-977-3216 | Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

Sección 7 - Evento de clasificación militar (continuación)

Si pide licencia para reunirse con un tercero, el empleado debe presentar documentación de respaldo de la reunión que incluya el nombre, la dirección y la información de contacto adecuada de la persona o entidad con la que se reunirá (p. ej. teléfono, número de fax o dirección de correo electrónico de dicha persona o entidad). El motivo de una reunión puede incluir: hacer arreglos para el cuidado de los hijos o de los padres, orientación, hacer arreglos financieros o legales, actuar como representante del miembro militar ante una agencia federal, estatal o local con el propósito de obtener, arreglar o apelar los beneficios del servicio militar o asistir a cualquier evento patrocinado por el ejército o las organizaciones de servicio militar.

Parte C - Presente esta documentación para cada reunión o evento requerido.

Nombre de la persona con la que se está reuniendo el empleado

Título

Organización

Teléfono (con el código de área o país)

Número de fax (con el código de área o país)

Dirección de correo electrónico

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

País (si no es EE. UU.)

Describa el motivo de la reunión, incluya las fechas, si las conoce:

Apellido del empleado

Nombre del empleado

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Avisos estatales

Las leyes de algunos estados nos exigen que le demos los siguientes avisos:

Alabama	Cualquier persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a restitución, multas o encarcelamiento o ambas cosas.
Alaska	Una persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada según la ley estatal.
Arizona	Para su protección, la ley de Arizona exige que la declaración que figura abajo aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida está sujeta a multas penales y civiles.
Arkansas	Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.
California	Para su protección, la ley de California exige que lo que se indica abajo aparezca en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.
Colorado	Es ilegal dar, intencionadamente, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de cometer fraude o intentar cometer fraude contra la empresa. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que intencionadamente dé información o datos falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o reclamante con el propósito de cometer fraude o intentar cometer fraude a dicho titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo de sentencia por pagar de los beneficios del seguro, debe ser reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Organismos Reguladores.
Delaware	Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.
Distrito de Columbia	ADVERTENCIA: Es un delito dar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una aseguradora puede negar los beneficios del seguro si el solicitante dio información falsa relacionada materialmente con un reclamo.

Florida	Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.
Idaho	Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.
Indiana	Una persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una aseguradora, presenta una declaración de reclamo que contiene información falsa, incompleta o engañosa, comete un delito grave.
Kentucky	Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de inducir a error, información relacionada a cualquier hecho relevante, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito.
Louisiana	Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.
Maine	Es un delito dar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o negación de los beneficios del seguro.
Maryland	Cualquier persona que, a sabiendas o intencionalmente, presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas o intencionalmente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.
Minnesota	Una persona que presente un reclamo con el propósito de cometer fraude o ayudar a cometer fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.
Nuevo Hampshire	Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, cometer fraude o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga alguna información falsa, incompleta o engañosa, está sujeta a un proceso judicial y sanción por fraude de seguros, según lo dispuesto en RSA 638:20.
Nueva Jersey	Cualquier persona que presente a sabiendas una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a multas penales y civiles.

Nuevo México	CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE PRESENTE, A SABIENDAS, INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.
Nueva York	<p>Auto reclamo: Cualquier persona que, a sabiendas, haga o asista, instigue, pida o conspire con otro para hacer un informe falso del robo, destrucción, daño o conversión de cualquier automóvil a una agencia de aplicación de la ley, el departamento de automóviles o una compañía de seguros, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor del vehículo de motor en cuestión o reclamo declarado por cada infracción.</p> <p>Todo lo demás: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte con el propósito de engañar, información relacionada a cualquier hecho material al respecto, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada infracción.</p>
Ohio	Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.
Oklahoma	ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de herir, defraudar o engañar a cualquier asegurador, haga un reclamo por el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.
Oregón	Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar o pedir a otra que defraude a una aseguradora: (1) al presentar una solicitud o (2) al presentar un reclamo que contenga una declaración falsa sobre cualquier hecho material al respecto, puede estar cometiendo un acto de seguro fraudulento, que puede ser un delito y puede dar a la persona a multas penales y civiles.
Pensilvania	<p>Automóviles: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar o defraudar a cualquier asegurador, presente una solicitud o reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, al ser condenada, estará sujeta a una pena de prisión de hasta siete años y al pago de una multa de hasta \$ 15.000.</p> <p>Todo lo demás: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material al respecto comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito y está sujeto a multas penales y civiles.</p>

Rhode Island	Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.
Tennessee	Es un delito dar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.
Texas	Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.
Utah	Solo reclamo de Compensación para los trabajadores: Cualquier persona que, a sabiendas, presente información de suscripción falsa o fraudulenta, presente o haga que se presente un reclamo falso o fraudulento de remuneración por discapacidad o beneficios médicos, o presente un informe falso o fraudulento o la facturación de cargos de atención médica u otros servicios profesionales es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en una prisión estatal.
Virginia	Es un delito dar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.
Washington	Es un delito dar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.
Virginia Occidental	Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.
Puerto Rico	Cualquier persona que intencionadamente y con el propósito de cometer fraude presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o provoque la presentación de una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, tras la condena, será sancionado por cada infracción con la sanción de una multa de no menos de cinco mil (5,000) dólares, y no más de diez mil (10,000) dólares, o un período determinado de encarcelamiento de tres (3) años, o ambas sanciones. Si se presentan circunstancias agravantes, la sanción establecida de esta manera puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años; si se presentan circunstancias atenuantes, se puede reducir a un mínimo de dos (2) años.
